FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1901-1902 N° 20

DES KYSTES DERMOÏDES DE LA RÉGION MAMMAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 27 Novembre 1901

PAR

Julien-Fortuné FAUQUET

Né à Vacqueyras (Vaucluse), le 31 Janvier 1877

Élève du Service de Santé de la Marine

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DES HOPITAUX

(Médaille de bronze 1899 ; Médaille d'argent 1900)

Examinateurs de la Thèse :	MM. DEMONS	professeur	*Président.*
	MASSE	professeur	*Juges.*
	CHAVANNAZ	agrégé	
	BÉGOUIN	agrégé........	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI — PAUL CASSIGNOL

91 — RUE PORTE-DIJEAUX — 91

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1901-1902 N° 20

DES KYSTES DERMOÏDES DE LA RÉGION MAMMAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 27 Novembre 1901

PAR

Julien-Fortuné FAUQUET

Né à Vacqueyras (Vaucluse), le 31 Janvier 1877

Élève du Service de Santé de la Marine

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DES HOPITAUX

(Médaille de bronze 1899 ; Médaille d'argent 1900)

Examinateurs de la Thèse :	MM. DEMONS	professeur	*Président*
	MASSE	professeur	*Juges*
	CHAVANNAZ	agrégé	
	BÉGOUIN	agrégé.......	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI — PAUL CASSIGNOL

91 — RUE PORTE-DIJEAUX — 91

1901

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA TANTE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A tous mes Maîtres de la Faculté, des Hôpitaux

et de la Marine

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURRU

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A LA FAMILLE SEGUIN

Pour la remercier de la sympathie et de l'intérêt que tous ses membres m'ont témoignés et des conseils et des secours qu'ils m'ont prodigués.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Dans une de ses leçons cliniques du mois de juillet 1901. M. le Prof. Demons nous montra une tumeur dont la nature exacte n'avait pas été reconnue avant qu'elle ne fût enlevée : il s'agissait d'un kyste dermoïde de la région mammaire. A ce propos, notre éminent Maître nous signala l'extrême rareté d'une pareille localisation, cause de l'incertitude du diagnostic et nous engagea à rechercher les cas semblables que pouvait renfermer la littérature médicale.

C'est donc à M. le Prof. Demons que nous devons l'idée première de ce travail ; nous tenons à remercier vivement ce Maître qui, au début de nos études à Bordeaux, voulut bien nous accepter dans son service. Pendant trois ans nous avons écouté ses leçons avec un intérêt toujours croissant. et dans toutes, la clinique et les devoirs professionnels nous ont été clairement exposés. Rechercher pour le malade le maximum de bien-être, ne jamais intervenir que lorsque les bénéfices de l'intervention l'emportent sur ses dangers, voilà ce que nous avons appris comme morale professionnelle : quant aux enseignements scientifiques, il nous suffit de rappeler ses sages conseils sur les procédés opératoires et sur toutes les méthodes de traitement employés en chirurgie. Aussi ce fut pour nous un plaisir bien vif quand nous fûmes appelé à retourner dans son service à la fin de nos études médicales. En nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse il nous donne encore une nouvelle preuve de sa bienveillance pour ses élèves.

Nous remercions également M. le Prof. agrégé Rondot qui,

dans ses entretiens de chaque jour au lit du malade, a su nous inspirer un goût profond pour la médecine, en nous apprenant à surmonter les difficultés qui se trouvent sur la voie du diagnostic.

Nous serions ingrat si nous ne témoignions toute notre reconnaissance à M. le Prof. agrégé Sabrazès qui nous a reçu dans son laboratoire et qui nous a enseigné la méthode rigoureuse avec laquelle on doit conduire toute recherche dans les sciences expérimentales.

Enfin nous adressons tous nos remerciements à MM. les Prof. Picot, Moussous ; à MM. les Prof. agrégés Lagrange et Chavannaz qui nous ont toujours témoigné la plus grande sympathie et nous ont prodigué leurs sages conseils et leurs savantes leçons.

En terminant, nous nous garderons d'oublier que M. le Dr Verdelet a toujours été pour nous un ami sûr, qu'il a guidé nos premiers pas dans la vie d'hôpital lorsqu'il était chef de clinique de M. le Prof. Demons et qu'il nous a conservé sa sympathie et continué son aide aujourd'hui qu'il est devenu chirurgien des hôpitaux.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION. HISTORIQUE

Bien que l'expression de kyste dermoïde ait été employée pour la première fois par Leblanc en 1831, ce fut Lebert qui dans son mémoire communiqué à la Société de biologie en 1852 en donna une définition qui est encore admise aujourd'hui : « Nous appelons kystes dermoïdes, dit-il, des kystes qui offrent à leur surface interne une organisation semblable à celle de la peau, pouvant présenter de l'épiderme, des papilles, du derme, des glandes sébacées, même sudoripares, des poils implantés, du tissu adipeux sous-cutané. de la graisse libre et sébacée, des os et des dents. »

Auparavant, ces kystes étaient désignés sous le nom de kystes pileux, pilifères, pili-dentaires, pili-osseux, pili-graisseux, etc., suivant la nature du contenu. Ils étaient même confondus avec les kystes sébacés folliculaires et connus aussi sous le nom de loupes, méliceris, athérome, stéatome, cholestéatome, etc. ; c'est ainsi que dans son *Traité de la Lupiologie* (1775) Girard écrit : « Les loupes présentent de temps en temps des phénomènes assez singuliers. Quelques observateurs prétendent y avoir trouvé divers corps étrangers qu'on a même jugé être organisés ; des œufs de pigeon. des animaux durcis, des châtaignes, d'autres corps qui n'avaient pas d'organisation. tels que des balles. des clous. des aiguilles, etc.

» Philoxènes, un des premiers chirurgiens qui ait écrit sur sa profession et duquel Galien et Celse parlent très avantageusement, dit avoir rencontré dans les loupes de petits animaux assez semblables à des mouches, etc., etc. »

D'autre part Celse (lib. VII, cap. VI) nous apprend que, sous le nom de bronchocèle, les Grecs désignaient des tumeurs enkystées, qui se développent entre la peau et la trachée et qui contiennent une matière semblable à du miel, de l'eau, et quelquefois même des poils mêlés à de petits os : « *interdum etiam minutis ossibus pili immixti* ».

Comme on le voit, les kystes dermoïdes, en général, sous des dénominations diverses, sont très anciennement connus ; mais les kystes dermoïdes de la mamelle sont signalés depuis beaucoup moins de temps, car nous ne voulons parler que des cas authentiques.

Dans ce travail, nous ne consignerons, en effet, que les tumeurs kystiques dont le contenu sera tel (poils) qu'il ne puisse avoir été produit que par une paroi à structure certainement dermoïde, ou dont la paroi aura été soigneusement examinée au microscope et reconnue comme offrant une organisation semblable à celle de la peau.

Enfin nous ne nous occuperons que des kystes dermoïdes de la mamelle et de la région qu'occupe cet organe, c'est-à-dire de cette région qui s'étend dans le sens transversal du bord du sternum au pli antérieur de l'aisselle et dans le sens vertical de la troisième à la sixième ou septième côte. Nous laissons ainsi de côté les kystes dermoïdes du sternum, que M. Waitz a fort bien étudiés dans son travail inaugural (Thèse de Paris 1897). Ainsi délimité, notre sujet se trouve bien restreint ; la littérature médicale est, en effet, bien pauvre en documents sur les kystes dermoïdes de la région mammaire.

Le premier cas que nous ayons rencontré remonte à 1713 et appartient à F.-R. Russel ; il a été publié dans le *Philosophical Transactions*, n° 337, p. 220, repris par Albers en 1833 dans ses *Erlaüterüngen* et cité par Cornil et Ranvier dans leur *Manuel d'histologie pathologique*. Il s'agissait d'une

femme qui portait sur la poitrine une grosse tumeur contenant une matière sébacée mêlée à des cheveux.

Les auteurs n'en publièrent plus pendant plus d'un siècle. Cruveilhier en 1813 et en 1852 observe quelques cas de kystes sébacés. Lebert, Velpeau, Broca citent aussi des cas de kystes sébacés de la région mammaire ; mais en relisant leurs observations il nous a été impossible de reconnaître, dans la description qu'ils donnent des tumeurs qu'ils ont observées, les caractères distinctifs des kystes dermoïdes

Billroth dans l'article consacré aux tumeurs du sein chez l'homme dit y avoir rencontré un athérome, mais il ne donne aucun renseignement précis.

Labbé et Coyne, Tripier ne signalent pas l'existence de kystes dermoïdes dans le sein.

Lannelongue et Achard dans leur magistral *Traité des kystes congénitaux* en citent deux exemples :

Un cas douteux de Burggrœve (de Gand), publié dans les *Annales et Bulletins de la Société de Médecine de Gand* (1857, 24 vol., p. 166) et repris par Paul Horteloup dans sa thèse d'agrégation, *Des Tumeurs du sein chez l'homme* (Paris 1872).

Cependant Paul Horteloup considère ce cas comme un kyste sébacé : « D'après les détails donnés sur la poche, sur l'aspect et surtout sur l'odeur du contenu, je crois qu'on est en droit de le considérer comme un kyste sébacé en voie de suppuration. »

Voici d'ailleurs un résumé de cette observation :

« *Examen clinique* (1855). — Homme de soixante-un ans portant au sein gauche une tumeur du volume d'un double poing d'adulte. Elle ressemble quant à la forme au sein d'une femme qui allaite : elle est plus ou moins molle, bien circonscrite, arrondie, sans bosselures, mobile, ne présentant *aucune adhérence avec la peau*, mais adhérente par sa base, légèrement douloureuse à la pression ; pour le reste, parfaitement indolente quand on n'y touche pas.

» Quand on la comprime entre les doigts, on sent une

fausse fluctuation, comme quelque chose de cotonneux : la peau qui recouvre la tumeur, par suite du frottement, présente une rougeur érysipélateuse ; les ganglions de l'aisselle ne sont pas engorgés.

» *Evolution.* — Etant au service en 1812, cet homme reçut un coup de pied de cheval sur l'endroit où plus tard la tumeur s'est développée ; il en résulta une forte ecchymose qui disparut insensiblement, en laissant néanmoins un noyau dur, de la grosseur d'une noisette ; ce noyau était indolent et ne devenait le siège de douleur que lorsqu'il heurtait contre un corps dur. Le tout resta dans cet état jusqu'au moment où le malade fit une chute dans un bateau et donna avec la tumeur contre une ancre. Dès ce moment, le sein devint rouge, chaud, douloureux, grandit considérablement et acquit en quinze jours le volume actuel ; bientôt tous ces symptômes se dissipèrent, excepté le volume. Cette tumeur gênait beaucoup par son volume.

» *Opération.* — Enucléation de la tumeur après deux incisions semi-lunaires.

» *Examen de la pièce.* — La tumeur était un véritable kyste, à parois lisses, mais très épaisses, renfermant une quantité de matière caséeuse concrète, excessivement fétide, blanche, équivalant à un demi-litre. »

Il nous semble qu'avec un examen anatomo-pathologique aussi incomplet, il ne nous est pas permis de classer nettement cette tumeur ; aussi rejetterons-nous cette observation du cadre de ce travail.

Quant au second cas cité par MM. Lannelongue et Achard, nous en avons déjà parlé, c'est l'Observation de Russel reproduite par Albers et de nouveau mentionnée par Cornil et Ranvier.

En 1887, Reverdin et Mayor publièrent une observation de tumeurs associées du sein. Il s'agissait d'une femme de quarante-cinq ans qui portait dans le sein gauche un kyste dermoïde dont le contenu était devenu purulent, et cinq tumeurs fibromateuses solides.

Parmi les réflexions que ce cas bizarre a suggérées à Reverdin, nous trouvons ces lignes : « Le siège de notre kyste dermoïde dans le sein constitue à lui seul déjà une rareté. Lannelongue signale un cas de Gerdy, un cas de Dieffenbach indiqué sommairement par Lebert, un cas de Burggrœve publié par Horteloup, et un cas d'Albers cité par Cornil et Ranvier ; j'ajoute que Velpeau outre le cas de Gerdy indique une pièce de l'hôpital Saint-Barthélemy, provenant de la pratique de Lawrence et examinée par Paget : la tumeur était située sous la mamelle ; un autre cas, toujours d'après Velpeau, aurait été communiqué par Arnolt à M. Henry ; ces tumeurs sont indiquées par Velpeau sous le titre de kystes sébacés, mais tout indique qu'il s'agit bien de kystes dermoïdes. »

Nous regrettons de ne pouvoir partager l'avis de Reverdin. Lannelongue, à la page 27 de son *Traité des kystes congénitaux,* considère le fait de Gerdy comme relatif à un kyste sébacé. Il siégeait, chez une femme de quarante-cinq ans, à la partie inféro-externe du sein gauche dans laquelle il s'était creusé une loge.

De plus, l'examen anatomo-pathologique publié dans la thèse de Guyot (Paris 1853) ne laisse aucun doute sur la nature de ce kyste.

« *Examen de la pièce* (Obs. VIII, p. 23). — Au pourtour de la tumeur et surtout vers la partie supérieure, on trouve quelques portions de tissu adipeux.

» M. Gerdy sépare avec le scalpel le petit lambeau de peau (adhérent à la tumeur). Le kyste présente une enveloppe fibreuse blanche ; à l'extérieur, sont de petits tractus de tissu cellulaire qui la réunissaient aux parties environnantes. On rencontre aussi quelques réseaux vasculaires qu'on ne peut séparer complètement de l'enveloppe.

» A l'intérieur, on trouve superficiellement de petites lamelles blanchâtres, molles, imbriquées, placées les unes à côté des autres, paraissant ainsi former une seconde couche, une seconde enveloppe demi transparente, blanchâtre, qui s'enlève très facilement ; on ne trouve plus après cela qu'une

matière grisâtre, ressemblant à une sorte de pulpe de bouillie, dégageant une odeur fade, nauséeuse, des plus désagréables, offrant en un mot la plus grande analogie avec ce qu'on nomme athérome, méliceris, etc.

» *Examen au microscope.* — L'enveloppe externe est purement de tissu fibreux, les petites lamelles blanchâtres ne sont composées que de cellules d'épithélium très grandes, très belles et à contours très nets. La matière contenue dans l'intérieur offre, sous le champ du microscope, des cristaux de cholestérine, des granulations de carbonate de chaux, de magnésie, des cellules d'épithélium pavimenteux, des noyaux à granulations graisseuses, des globules de graisse. »

Dans cette description, nous n'avons rencontré ni papilles, ni glandes d'aucune sorte, ni cellules dentelées ; mais au contraire des cellules épithéliales à contours très nets, des noyaux à granulations graisseuses, des globules de graisse comme dans les cellules des glandes sébacées.

Enfin cette pièce fut présentée par Bombeau, externe du service de Gerdy, à la Société d'anatomie, en février 1852 ; à cette même séance assistait Lebert qui préparait en ce moment le mémoire sur les kystes dermoïdes qu'il communiqua au mois d'août 1852 à la Société de biologie. Il est probable que si cette tumeur avait eu un aspect dermoïde, l'attention de Lebert eût été mise en éveil, tandis que cet éminent anatomo-pathologiste parla seulement d'un kyste sébacé de la mamelle qu'il avait vu en Allemagne et qui lui avait été donné par Dieffenbach. Il insista seulement sur les connexions de ces kystes avec la peau ; il dit que ces connexions existaient presque toujours et qu'elles étaient intimes ; mais que dans d'autres cas, le lien était rompu et qu'il était alors facile d'énucléer les petites tumeurs.

Nous sommes obligé de nous rallier à l'opinion de Velpeau et de ne pas nous occuper davantage de ces tumeurs ; nous retenons cependant l'observation publiée par Reverdin et Mayor.

Hermann, en 1890, observa et présenta à la Société des

médecins de Prague un kyste dermoïde du sein droit qu'il avait observé chez une femme de soixante-six ans.

Enfin, le dernier cas est celui que M. le Prof. Demons a bien voulu nous permettre d'observer dans son service de clinique pendant le mois de juin 1901, et dont M. Rocher, interne du service, a présenté les pièces à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiatrie de Bordeaux.

Tels sont à peu près tous les documents que nous possédons sur les kystes dermoïdes de la région mammaire, car jusqu'ici ces tumeurs ont été fort peu étudiées. Nos auteurs classiques, P. Delbet dans l'article « Tumeurs de la région mammaire » du *Grand Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, ne consacre que quelques lignes à l'étude des kystes dermoïdes et sébacés de cette région. J.-W. Binaud et Braquehaye dans l'article « Tumeurs de la région mammaire » du *Traité de chirurgie clinique et opératoire* distinguent les kystes dermoïdes du sein de ceux qui se développent sur la ligne médiane ; donnent quelques indications sur le moment d'apparition, l'évolution, les symptômes, le contenu de ces tumeurs. De plus, ils indiquent deux pièces conservées à Hunterian Museum, sous les nos 235 et 256 B.

En résumé, nous ne possédons comme documents sérieux que les observations de F.-R. Russel (mentionnée par Albers), de J.-L. Reverdin et Mayor, de Hermann et de M. le Prof. Demons ; enfin les pièces conservées à Hunterian Museum.

Nous allons reproduire tous les documents publiés jusqu'à ce jour, nous pourrons ainsi étudier quels sont les caractères généraux des kystes, voir ce qu'ils offrent de particulier dans cette région, au point de vue de leur structure, de leur pathogénie, des symptômes auxquels ils peuvent donner lieu, des transformations qu'ils peuvent subir dans leur évolution, du pronostic qu'ils entraînent avec eux et enfin du traitement qu'il faut leur appliquer.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation I

(Observation tirée de : Erlaüterüngen zü dem Atlasse der pathologischen Anatomie für praktische Aerzte, vom Albers. — Dritte Abtheilüng enthält : die Krankheiten der Brüst, 1833).

Tumeur kystique contenant des cheveux.

Dans le *Philosophical transactions*, 337, p. 220, on lit le fait suivant : Le 18 août 1713, F.-R. Russel était appelé auprès de la femme Schmith, à Lewen, comté de Sussez. Cette femme était épuisée par la fièvre, fièvre accompagnée de toux, d'une douleur lancinante à la poitrine, et de quelques autres phénomènes que l'on attribuait à une pleurésie. Or tous ces phénomènes s'amendèrent et disparurent quand on eut évacué de la poitrine une certaine quantité de sérosité ou plutôt de liquide clair ressemblant à du purin ; la quantité de liquide que Russel évacua était bien suffisante pour mouiller complètement quatre mouchoirs de poche.

A l'examen de la poitrine, on trouva une grosse tumeur profondément située, cédant à la pression, et ayant la consistance d'une bouillie épaisse. On introduisit un stylet par l'ouverture et on évacua une masse qui avait l'apparence de farine de sagou ou d'un mélange de son et de cheveux. On enleva encore un kyste qui pesait 8 onces et qui contenait une masse compacte semblable à celle qu'on avait retirée auparavant et dans laquelle se trouvait mêlée une substance ressemblant à des cheveux.

Pressée de questions, la malade déclara que trente-huit ans aupara-

vant elle avait reçu un coup de pied de cheval à la poitrine; elle ressentit alors une vive douleur, et dans la suite elle vit apparaître une tumeur et se développer un réseau veineux considérable. La douleur disparut, mais la tumeur persista, regardée par son médecin comme un véritable squirrhe, croissant d'une façon très lente. Cependant la glande mammaire n'entra jamais en fonction, et la malade ne put jamais allaiter son enfant avec le sein situé de ce côté.

La paroi du kyste, d'une grande épaisseur, était nourrie par trois petits vaisseaux; elle avait si bien envahi le tissu environnant que ce tissu, épaissi à son tour, se confondait avec elle.

Observation II (Reverdin et A. Mayor)

(*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1887.)

Tumeurs associées du sein; kystes dermoïdes et fibromes multiples; suppuration du kyste.

Mme Fanny D..., quarante-sept ans, de Cartigny (Genève), m'est adressée le 6 mai 1885 par le docteur Winzenried, pour une tumeur du sein qui a subi dans ces derniers temps une augmentation de volume rapide.

Mme D... n'a connaissance d'aucun antécédent de tumeur dans sa famille; son père est mort à quarante-huit ans d'une fluxion de poitrine, sa mère de dépérissement, elle a une sœur âgée de quarante-cinq ans et bien portante.

Personnellement, et quoique de petite taille et de frêle constitution, elle dit n'avoir jamais eu de maladie grave; elle accuse surtout d'assez fréquentes attaques de rhumatisme.

Réglée à seize ans, facilement, elle l'a toujours été régulièrement et l'est encore maintenant. Elle s'est mariée à vingt-six ans et n'a eu qu'une seule grossesse; accouchée à vingt-huit ans, elle a nourri son enfant pendant quinze mois sans avoir ni gerçures ni abcès du sein; elle ne se souvient pas non plus d'y avoir reçu de coups.

C'est lorsqu'elle a sevré son enfant qu'elle a remarqué dans son sein gauche plusieurs grosseurs, dures, grosses comme des noix, mobiles et disséminées dans la glande; elles n'étaient du reste nullement douloureuses. Ces tumeurs n'ont jamais disparu depuis, mais leur marche,

d'après la malade, aurait été très irrégulière; elles ont plusieurs fois très notablement diminué pour reprendre plus tard leur volume.

Deux ou trois ans après leur apparition, elle alla faire, pour ses rhumatismes, une cure aux bains de la Caille; ces tumeurs se seraient réduites pendant la cure au volume de petits grains. Jusqu'à cet hiver, la marche des tumeurs aurait procédé ainsi par augmentation et diminution successives.

Au mois de mai dernier, elle se rend à Aix-les-Bains, et là les grosseurs gardent leur volume; à cette époque, le sein gauche avait à peu près doublé, il était bosselé à sa surface; chacune des tumeurs paraissait avoir la grosseur d'une noix. Mais c'est depuis le mois de février 1885 que l'accroissement est devenu très rapide et régulier; il y a quinze jours (22 avril) que, en raison de cet accroissement, elle fit venir le docteur Winzenried, qui la revit encore le 2 mai; il constata l'existence d'une tumeur volumineuse, en grande partie fluctuante, avec vascularisation de la peau, celle-ci non adhérente; il lui recommanda de ne faire aucune friction et de se faire opérer; à sa dernière visite il nota un accroissement marqué, des sensations de picotement, d'élancement et de tiraillement, pas de douleurs pulsatives.

Depuis lors la peau de la partie externe et supérieure de la région mammaire est devenue rouge; la rougeur est diffuse, inflammatoire, et daterait d'après la malade d'hier, 5 mai; au centre de la partie rouge il existe une plaque de l'étendue d'une pièce de 50 centimes sur laquelle la couche cornée de l'épiderme s'est détachée comme sur un vésicatoire; la malade ne s'en était pas aperçue. Je note immédiatement que le 7 mai, au moment de l'opération, j'ai trouvé une seconde plaque analogue dans le voisinage, mais à distance de la première.

Mon confrère m'a fait savoir que la tumeur était, à sa dernière visite, le 2 mai, indolente à la pression, qu'il n'y avait pas de douleurs spontanées; il n'a remarqué ni écorchures, ni éraillures quelconques de la peau; on sentait un cordon lymphatique remontant dans l'aisselle.

Mme D.... affirme n'avoir eu aucune maladie dans ces derniers temps, elle n'a pas eu de frisson, mais une légère sensation de chaleur, depuis une quinzaine de jours pas de transpiration ; elle a eu de la céphalalgie, il est vrai, mais elle y est sujette. Le vendredi, 1er mai, elle a eu un malaise assez marqué, avec mal de tête, fièvre, et est restée ce jour-là

au lit. L'urine examinée est claire, normale, sans albumine. Enfin, il n'y a jamais eu d'écoulement de liquide par le mamelon.

Mme D.... est de très petite taille, maigre, d'apparence chétive. L'examen attentif des poumons, du cœur, du foie, des reins, ne permet d'y constater rien d'anormal ; toutes les fonctions du reste s'exécutent très bien.

Le sein gauche présente le volume de la tête d'un enfant de six ans environ ; il forme une tumeur arrondie mais surtout proéminente en dehors et en haut. La peau est sillonnée par de grosses veines bleuâtres en dedans et au-dessus du mamelon ; en dehors et en haut, elle est rouge, la rougeur est diffuse, plus vive au centre qu'à la périphérie ; sur cette teinte rouge générale, on voit, en examinant attentivement, se détacher de fines arborisations vasculaires d'un rouge vif. Il n'y a nulle part d'adhérence de la peau aux parties profondes, partout on peut y faire un pli ; mais dans la partie supérieure et externe les téguments paraissent très amincis ; vers le haut on aperçoit une petite saillie du volume d'une grosse tête d'épingle.

Le mamelon est gros, très saillant, et ne présente ni excoriations, ni gerçures, ni éruptions, ni croûtes. La tumeur est molle, présente une fluctuation parfaite ; mais à la partie interne de la glande on sent une masse dure, arrondie, paraissant libre, sans adhérence, du volume d'un œuf ; à la partie inférieure du sein, une autre tumeur analogue, moins facile à circonscrire, est en quelque sorte logée dans la partie inférieure de la masse fluctuante. Pas de douleur à la pression ; aucune tumeur appréciable dans l'aisselle ; mobilité parfaite de la tumeur du sein sur les parties profondes.

Diagnostic : Cysto-sarcome avec grande loge kystique enflammée et suppurée.

L'origine de l'inflammation et de la suppuration m'échappe ; aucun traumatisme ; je trouve seulement sur le bras gauche de la malade une petite égratignure qui paraît dater de trois ou quatre jours seulement, et qui n'a pas suppuré. La malade, d'après un interrogatoire dirigé dans ce sens, n'a eu avant l'inflammation de sa tumeur aucune maladie infectieuse, et aucune indisposition, ni du côté des voies respiratoires, ni du côté du tube digestif. J'ajoute par anticipation que quelques jours après l'opération, le 10 mai, la malade ayant craché du sang à plusieurs

reprises dans la journée, je l'interroge de nouveau ; elle me dit qu'en effet elle avait depuis trois jours craché du sang à plusieurs reprises ; elle se souvient mal du début de cet accident, et il lui semble que ce sang ne vient pas de la gorge, mais du poumon ; l'examen de son mouchoir de poche m'indique au contraire qu'il doit provenir des fosses nasales ; c'est alors que je découvre que la face postérieure du pharynx est tapissée par un gros caillot noirâtre, glutineux ; une irrigation par les fosses nasales lui fait rendre une partie de cette masse sous la forme de caillots glutineux d'un brun grisâtre ; elle me dit alors qu'elle a eu de tout temps un peu de mal de gorge, des sensations de gêne dans le pharynx, un besoin d'avaler, et a rendu depuis fort longtemps des croûtes en crachats ; la muqueuse du pharynx est comme vernissée ; rien à la partie antérieure des fosses nasales ; pas d'ozène.

Est-ce cette lésion locale qui a pu servir de porte d'entrée aux germes pyogènes ; il est difficile de rien affirmer sous ce rapport, mais cela paraît bien probable.

La malade entre à notre clinique particulière le 6 mai ; la température est prise avec le même thermomètre dans les deux aisselles et monte à 37°7 de chaque côté.

Opération, le 7 mai. Ethérisation. Pulvérisation phéniquée. Je fais d'abord une ponction au bistouri, il s'échappe un flot de pus ; M. le Prof. Fol récolte dans la profondeur du pus pour faire des cultures. Ce pus examiné au microscope fourmille de microbes. J'agrandis alors l'ouverture et vide la poche qui renferme près d'un litre de pus, jaune, épais, très fétide, sans corps solides. Je circonscris ensuite par deux incisions un lambeau elliptique comprenant le mamelon et la plus grande partie de la portion enflammée de la peau, il est oblique en haut et en dehors ; arrivé sur le kyste, je l'isole avec les doigts, la tumeur solide inférieure vient avec et s'énuclée facilement ; la tumeur interne est énucléée à part, le grand pectoral est à nu ; j'enlève ensuite en bas et en haut les restes de la glande mammaire. Quelques ligatures peu nombreuses au catgut, lavage au chlorure de zinc à 8 0/0 ; deux drains côte à côte sortent par une contre-ouverture postérieure. Suture continue des bords de la plaie au catgut ; un point de suture profonde en U, etc.

Suites, 10 mai. — Le soir, pouls 100, température 37°7, la malade a craché un peu de sang qui vient du pharynx.

Dans l'épaisseur de cette mamelle se trouvent contenues deux sortes de tumeurs :

1° La cavité d'une vaste paroi kystique.

2° Des nodules, au nombre de cinq, de volume variable, d'aspect fibro-sarcomateux, et dont l'un confinait au kyste sans cependant se confondre avec sa paroi : une couche celluleuse l'en séparait.

1° La paroi du kyste est formée d'une couche externe de nature conjonctive, et d'une couche interne épithéliale ou plutôt épidermique.

a) En effet, le revêtement interne de cette cavité est constitué par un épithélium pavimenteux stratifié, avec ses cellules profondes, prismatiques et allongées, ses éléments intermédiaires cuboïdes et pourvus de prolongements unitifs, enfin ses cellules aplaties dont les plus superficielles, bien qu'elles semblent conserver leur noyau, fixent l'acide picrique du réactif et forment un liséré jaune vif d'aspect homogène qui limite en dedans la surface épithéliale.

L'éléidine ne se rencontre presque nulle part dans ces couches épidermiques ; nulle part les cellules superficielles ne sont chargées de gouttelettes ni de granulations graisseuses. Mais en certains points elles paraissent subir la dégénérescence vacuolaire de leur protoplasma.

b) Dans la profondeur, l'épithélium repose sur un tissu conjonctif assez dense qui prend parfois l'aspect de papilles de forme irrégulière, de volume inégal et souvent largement espacées. Ce tissu offre ceci de remarquable qu'il est parcouru par de très nombreux capillaires, volumineux, tapissés de belles cellules endothéliales et se terminant en anses au niveau de la couche profonde de l'épiderme.

Plus profondément, le tissu conjonctif devient plus dense, les vaisseaux y sont moins nombreux et plus volumineux. Leur paroi semble formée en dehors de la tunique endothéliale par des couches successives de cellules plates dont les noyaux ellipsoïdes disposent leur grand axe tantôt perpendiculairement tantôt parallèlement à la direction longitudinale du vaisseau.

Fréquemment, autour des circonvolutions que décrit l'un de ces vaisseaux, on rencontre de véritables nappes de cellules embryonnaires, les unes fortement granuleuses les autres plus claires. Ces nappes, traces d'une inflammation de date récente, occupent tantôt la profondeur tantôt le voisinage de l'épiderme. Leur importance est fort variable. Dans les

régions internes de la paroi kystique, elles diffusent souvent fort loin dans l'épaisseur de la trame conjonctive qu'elles infiltrent et qu'elles semblent détruire ou dissocier.

Au niveau du point où elles entourent des vaisseaux de calibre, il arrive souvent que ceux-ci sont oblitérés par une prolifération abondante de leurs cellules endothéliales qui s'allongent et se disposent, sur des coupes qui rencontrent transversalement les vaisseaux, en forme de rayons plus au moins réguliers.

En résumé il s'agit ici d'un kyste dermoïde dont les parois présentent quelques formations papillaires, mais dans lesquelles on ne trouve aucune trace de glandes, ni de follicules pileux.

De plus ces parois offrent des traces manifestes d'inflammation.

2° Les noyaux néoplasiques sont, comme leur aspect l'indique, constitués par du tissu conjonctif. Dans la plus grande partie de leur étendue, ce tissu conjonctif est fibrillaire. Les fibrilles en sont fines, ondulées, parsemées de cellules aplaties ou ramifiées, peu nombreuses.

Tantôt, et cela surtout autour des débris glandulaires qui parsèment la tumeur, le carmin agit peu sur cette substance connective, tantôt au contraire il la colore nettement en rose vif.

A la surface des néoplasmes, le tissu conjonctif qui les forme prend l'aspect de lames homogènes, parallèles, fortement colorées et séparées par des cellules plates.

Enfin, les débris glandulaires sont des sortes de tubes plus ou moins irréguliers, des lacunes anguleuses, des espaces ramifiés que tapisse un épithélium semblable à celui des canaux excréteurs de la glande mammaire. Disposées sur plusieurs couches arrondies ou cubiques dans leur profondeur, les cellules de cet épithélium deviennent cylindriques à la surface et leur protoplasma se colore plus nettement en jaune par le picro-carmin. Elles forment alors le revêtement même des lacunes, qu'elles bordent ainsi d'un épithélium cylindrique régulier.

Quant aux vaisseaux de ces tumeurs, ils sont relativement fort rares et peu importants.

En un mot, les nodules qui se rencontrent à côté du kyste dermoïde que nous décrivions tout à l'heure ne sont autre chose que des tumeurs de nature conjonctive. Ils appartiennent à ces formes où le tissu connec-

tif se montre à son état adulte, constituant une variété de fibromes que leur faible densité rapproche à l'œil nu des tumeurs sarcomateuses.

Ajoutons que, dans l'hypothèse d'une pénétration de microbes par les canaux excréteurs — (hypothèse qui avait été émise lorsque, croyant à un cysto-fibrome suppuré, on cherchait la cause de cette suppuration) — des coupes avaient été pratiquées sur le mamelon et traitées de façon à permettre de reconnaître la présence de parasites. Elles n'ont présenté aucun microbe dans les canaux galactophores. C'est un résultat négatif qui en cette qualité même n'a qu'une valeur très relative, mais que, du reste, je mentionne simplement, la nature du kyste reconnue ultérieurement enlevant la plus grande partie de son intérêt à la recherche dont je viens de parler.

L'observation qu'on vient de lire, présente un double intérêt : en premier lieu j'avais porté le diagnostic de cysto-sarcome et nous avons trouvé cinq tumeurs fibromateuses solides et un vaste kyste dermoïde ; en second lieu le kyste dermoïde s'était enflammé et avait suppuré.

Relativement au premier point, l'erreur de diagnostic est, je crois, pardonnable ; je trouvais d'une part, des tumeurs solides, dont l'une paraissait isolée et sans connexion directe avec la masse liquide, mais dont les autres semblaient faire corps avec la poche kystique, les noyaux solides mobiles, à surface régulière, sans adhérence ni avec la peau, ni avec la glande mammaire, de consistance dure et élastique, ne pouvaient être que du fibrome, du sarcome ou du fibro-sarcome, en un mot, un de ces néoplasmes nommés tumeurs bénignes du sein, et, comme fort souvent, ces néoplasmes sont le siège de modifications qui amènent la formation de cavités pseudo-kystiques, il était naturel de voir, dans la production morbide en question, un exemple de cysto-sarcome ou de cysto-fibrome. Il n'en était rien, le diagnostic était juste en ce qui regarde les tumeurs solides, mais la collection liquide en était indépendante, et celle-ci n'était autre chose qu'un vaste kyste dermoïde suppuré, annexé en quelque sorte aux masses fibromateuses, il y avait donc dans le même sein deux tumeurs développées au voisinage immédiat l'une de l'autre.

Un seul fait aurait pu mettre sur la voie du diagnostic : les alternatives d'augmentation et de diminution du volume de la tumeur auraient pu faire soupçonner un kyste dermoïde, mais les kystes dermoïdes du sein sont de la plus grande rareté ; il y avait là d'ailleurs des masses fibromateuses qui écartaient cette idée.

Le fibrome formait cinq tumeurs distinctes : l'une, la plus volumineuse, avait la grosseur d'un œuf de pigeon, c'est celle qui était mobile, isolée du kyste et qui occupait la partie interne et inférieure de la glande ; des quatre autres, variant du volume d'une grosse noix à celui d'une petite noisette, deux occupaient la partie inférieure du sein, logées au-dessous du mamelon, à la partie inférieure du kyste, une autre était située un peu plus haut et en dehors, enfin la dernière se trouvait sous la poche à la partie supérieure et externe de la mamelle.

Sur le vivant, ces tumeurs paraissaient faire corps avec le kyste, cependant elles en sont séparées par une faible épaisseur de tissu conjonctif assez délicat, non adipeux ; si on cherche à énucléer les tumeurs, elles se séparent facilement ; on peut même séparer de la membrane kystique le tissu conjonctif interposé. En un mot, les quatre tumeurs sont parfaitement distinctes du kyste dermoïde, mais elles n'en sont séparées que par du tissu conjonctif et non par le tissu glandulaire.

Ceci constaté, deux hypothèses se présentent relativement à la genèse des deux tumeurs, fibrome et kyste dermoïde. Se sont-elles développées indépendamment l'une de l'autre, chacune pour son compte, sans qu'il y ait rien de commun dans leur origine, ou bien leur apparition dans la même région, dans le même organe s'explique-t-elle par une même cause primitive ? Je crois qu'il serait fort hasardeux de trancher cette question.

En ce qui concerne le kyste, la théorie généralement admise aujourd'hui est celle de l'enclavement (Einstülpüng) ; pendant le développement embryonnaire, une petite portion du tégument externe s'est trouvée peu à peu recouverte et enclavée sous la peau et plus tard s'est développée sous la forme d'une poche ; « la cavité dermoïde est une ectopie du tégument externe, mais dans ce siège anormal, le tégument jouit de toutes ses propriétés et peut donner naissance à tous ses produits ordinaires » (Lannelongue).

En ce qui concerne les néoplasmes proprement dits auxquels appartiennent nos fibromes, il faut avouer que la question de leur genèse est encore peu avancée, l'hypothèse de Conheim, qui rapporte leur formation à de petites masses de tissu embryonnaire resté sans emploi pour le développement normal, est loin de satisfaire complètement l'esprit, elle n'explique nullement pourquoi ces éléments embryonnaires prennent à un moment donné la forme de tissus pathologiques et se heurte d'ailleurs à

d'autres objections; il y a probablement quelque chose de vrai dans cette hypothèse qui s'adapte admirablement à certains cas ; mais il nous manque certainement une ou plusieurs inconnues du problème.

Précisément dans notre cas, cette hypothèse serait assez satisfaisante, il y a eu dans l'évolution de cette mamelle une anomalie pendant la période embryonnaire et la preuve en est dans la présence du kyste dermoïde ; pourquoi ce trouble survenu dans le développement de cellules superficielles ectodermiques n'aurait-il pas porté en même temps sur les éléments plus profonds destinés à la formation du tissu conjonctif périglandulaire. Ceux-ci ultérieurement auraient donné lieu au développement des nodules du fibrome et l'influence de la région aurait déterminé la forme spéciale de ce fibrome, forme propre aux glandes en grappe et particulièrement aux glandes mammaires.

En faveur de cette manière de voir, je signale la multiplicité des tumeurs : il n'est pas rare de trouver deux ou trois fibromes dans un sein, mais il est moins commun d'en rencontrer jusqu'à cinq ; je signale encore le fait du voisinage très immédiat de quatre de ces tumeurs avec la paroi kystique. Enfin j'ajoute que, d'après Lannelongue, la combinaison du kyste dermoïde avec un néoplasme proprement dit a été déjà observée quelquefois : « Quant aux tumeurs dermoïdes proprement dites, elles peuvent elles-mêmes devenir le siège de formations pathologiques et même de véritables néoplasmes. Ainsi dans les kystes dermoïdes ovariens on a vu se développer du cancer (Heschl, Schrœder), de l'épithélioma pavimenteux lobulé (Cornil et Babinski), du sarcome (Unverricht). On a trouvé aussi du cancer encéphaloïde dans une production semblable du scrotum (cas de Spiess), et de l'épithélioma dans une tumeur sacrée (Czerny). »

Mais d'un autre côté les nodules fibromateux ne se sont pas développés dans la paroi du kyste, ils en sont séparés par du tissu conjonctif normal et la tumeur la plus volumineuse est fort éloignée du siège de la poche dermoïde.

Je ne saurais donc trancher la question, force est bien de la laisser en suspens.

Le siège de notre kyste dermoïde dans le sein constitue à lui seul déjà une rareté : Lannelongue signale un cas de Gerdy, un cas de Dieffenbach indiqué sommairement par Lebert, un cas de Burggrœve publié par

Horteloup, et un cas d'Albers cité par Cornil et Ranvier, j'ajoute que Velpeau, outre le cas de Gerdy indique une pièce du musée de l'hôpital Saint-Barthélemy provenant de la pratique de Lawrence et examinée par Paget, la tumeur était située sous la mamelle ; un autre cas, toujours d'après Velpeau, aurait été communiqué par Arnolt à M. Ax. Henry ; ces tumeurs sont indiquées par Velpeau sous le titre de kystes sébacés, mais tout indique qu'il s'agit bien de kystes dermoïdes.

Les autres auteurs que j'ai consultés, Billroth, Labbé et Coyne, Tripier ne signalent même pas l'existence de kystes dermoïdes dans le sein ; à ce seul point de vue donc, l'observation de mon opérée a la valeur d'un document assez important. Pour le dire en passant, cette rareté des kystes dermoïdes du sein est assez singulière si l'on réfléchit au mode de développement de la glande, qui paraît *a priori* favorable à la formation de l'enclavement.

J'insisterai moins sur le second point intéressant, c'est-à-dire sur la suppuration du kyste, un de nos élèves devant présenter prochainement un travail sur ce sujet.

Quoique la suppuration dans les néoplasmes ne soit pas très rare, elle n'a jamais été étudiée jusqu'ici ; Broca la signale et en donne quelques exemples dans son *Traité des tumeurs* ; Kocher a cherché à élucider la suppuration dans les goitres, et c'est à peu près tout, à ce que je crois. Il n'est pas question ici, cela va sans dire, d'une de ces suppurations consécutives à l'ulcération d'un néoplasme, à un traumatisme direct avec plaie intéressant la tumeur, à une ponction faite sans précautions antiseptiques ; rien de semblable, du reste, ne s'était produit dans le cas de Mme D... ; la suppuration était survenue sans cause apparente, c'était ce que l'on eût appelé autrefois une suppuration spontanée ; comment se l'expliquer ?

On admet de plus en plus aujourd'hui comme démontré qu'il n'y a pas de suppuration sans microbes, que ceux-ci sont un facteur nécessaire de l'inflammation suppurative, sauf peut-être pour les kystes parasitaires (à échinocoques ou à cysticerques) ; et précisément dans le cas de mon opérée, le pus évacué de l'abcès fourmillait de microorganismes.

Par quelle voie avaient-ils pu pénétrer, puisque aucun traumatisme n'avait précédé l'inflammation du kyste? J'examinai avec soin le sein, le mamelon sans rien trouver, j'interrogeai la malade, elle n'avait pas

le moindre souvenir d'avoir eu de gerçure, ni écorchure, ni éruption dans la région ; une plaque de desquamation existait sur la peau enflammée, elle était consécutive à une phlyctène plate ; celle-ci, développée par le fait de l'inflammation, ne l'avait pas précédée : donc pas de pénétration par effraction directe.

Les microorganismes avaient-ils choisi pour s'introduire les conduits glandulaires, comme ils le font pendant l'allaitement, produisant alors certains abcès du sein ? Des coupes faites sur le mamelon par M. Mayor n'ont donné aucune apparence de raison à cette supposition ; d'ailleurs l'examen de la tumeur, ayant fait reconnaître qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde, écartait cette hypothèse, le contenu du kyste ne pouvait avoir aucune relation directe avec les conduits excréteurs.

Restait la voie sanguine ; le sang charriait peut-être des microbes par le fait d'une infection préalable et quelques-uns d'entre eux auraient pu trouver dans le kyste dermoïde un milieu favorable à leur pullulation. Je cherchai de nouveau dans les antécédents de Mme D... une maladie infectieuse quelconque et mon interrogatoire minutieux ne reçut que des réponses négatives ; jusqu'au moment où la tumeur était devenue plus grave et douloureuse, la santé avait été excellente. Ce n'est que quelques jours après l'opération que Mme D... ayant craché du sang venant évidemment des fosses nasales, je découvris sur la face postérieure du pharynx une grosse croûte glutineuse et sanglante. N'était-ce pas là l'explication de cette suppuration dont j'avais, sans succès jusque-là, cherché l'origine ?

Il serait sans doute impossible de le prouver positivement, mais tout ce que nous savons aujourd'hui de la suppuration me porte à l'admettre.

Observation III (Hermann)

(Société des médecins de Prague, 24 janvier 1890.)

Il s'agissait d'une femme âgée de soixante-six ans, atteinte d'emphysème pulmonaire avec bronchite chronique, de mal de Bright, d'une hypertrophie totale du cœur, avec stase et œdème généralisés. Les deux mamelles montraient une grande différence ; tandis que la mamelle gauche était molle, atteinte d'atrophie rénale, ayant à peu près

la grosseur d'un œuf d'oie, la mamelle droite était remarquablement plus grosse, présentant le volume du poing. Dans sa moitié inférieure, on y découvrait une tumeur ronde, de consistance pâteuse et conservant l'empreinte du doigt. Environ 12 centimètres au-dessous du mamelon droit se trouvait une ulcération d'environ 8 millimètres de diamètre, presque ronde, à bords rosés, d'où quand on pressait sur la tumeur on faisait sourdre une matière grisâtre à peu près sèche, mélangée à des morceaux de membrane d'apparence épidermique.

Le reste de la mamelle était comme la mamelle gauche formé de tissu graisseux avec quelques rares îlots de tissu glandulaire atrophié. Une coupe sagittale de la mamelle droite, divisant la tumeur en deux parties à peu près égales, montrait que celle-ci était formée d'une capsule conjonctive compacte, présentant très nettement sur sa face interne la structure de la peau. Le kyste n'était réuni au tissu de la mamelle et à la peau que par du tissu conjonctif lâche ; cependant, près de l'ulcération, la paroi du kyste et la peau étaient intimement unis.

A l'examen microscopique on trouvait dans le contenu de ce kyste beaucoup de cellules épithéliales, et mélangés à ces cellules quelques cristaux de cholestérine. Sur une coupe mince, la paroi du kyste paraissait avoir une structure semblable à celle de la peau. On y voyait très nettement des papilles ; à la base, une couche de cellules cylindriques ; vers le centre de la cavité, plusieurs couches de cellules épithéliales plates et au milieu un stratum granulosum présentant plusieurs rangées de cellules. Les cellules qui tapissaient la surface interne du kyste avaient subi l'évolution cornée et se détachaient peu à peu, pour tomber dans la cavité.

Ces caractères histologiques : papilles, couche basale de cellules cylindriques, stratum granulosum, devaient faire ranger ce kyste dans la classe des kystes dermoïdes.

Il n'a pas été possible de préciser l'époque de l'apparition de ce kyste, ni même la date de la production de l'ulcération. Malgré tous les efforts du chef de clinique (docteur Saar), on ne put jamais obtenir de la malade que cette réponse : que la mamelle droite était déjà depuis très longtemps dans cet état.

Observation IV

(Service de M. le Prof. Demons, juin 1901.)

B..., habitant les Landes, âgée de cinquante-trois ans, entre le 7 juin à l'hôpital Saint-André, salle 9, dans le service de M. le Prof. Demons, pour se faire enlever une tumeur qu'elle porte au sein droit.

Dans ses antécédents héréditaires nous ne relevons aucune particularité ; pas d'antécédents néoplasiques.

Dans sa jeunesse, notre malade s'est toujours bien portée. La menstruation s'est établie à seize ans d'une façon régulière. Elle s'est mariée à dix-neuf ans, a eu un enfant à vingt ans, un second à vingt-trois ans et un troisième à vingt-cinq ans. Tous ces accouchements se sont normalement effectués, mais les trois enfants sont morts, le premier à vingt ans, de méningite, au régiment ; le second à dix ans (rachitisme, bacillose articulaire) ; le troisième à quatorze ans, de tuberculose pulmonaire (tumeur de la rate pendant sa vie).

C'est elle qui a allaité ses trois enfants, et, au cours de la lactation, elle n'a jamais eu ni mammite, ni abcès du sein.

Elle n'a jamais présenté en aucun point de manifestation tuberculeuse. Son mari a soixante-quatorze ans et a contracté autrefois la syphilis ; quant à elle, elle ne semble pas avoir eu aucun accident de cette nature.

Ménopause à quarante-trois ans.

Histoire de la maladie. — A l'âge de huit ans, la malade constata au-dessus et en dehors du sein une petite tumeur du volume d'un grain de maïs, discoïde, légèrement aplatie et faisant corps avec la face profonde de la peau ; suivant l'expression de la malade : « elle y était collée ». Comme siège, elle occupait la partie externe de la région pectorale et était tout à fait distincte de la glande, séparée d'elle par plusieurs travers de doigt. Jusqu'à l'âge de vingt ans, la malade ne tient aucun compte de cette grosseur qui évolue progressivement, et au moment où elle nourrit son premier enfant, elle lui constate le volume d'une noix. A quarante ans, la tumeur est ronde et a le volume d'un œuf. Jusqu'à cette époque, elle est absolument indolente et ne détermine aucune souffrance, même après un travail ayant nécessité des efforts du membre supérieur. Aucune poussée inflammatoire ; la puberté, les trois grossesses suivies

des périodes de lactation, la ménopause n'ont influencé en rien le développement progressif de la tumeur. Jamais, au moment des règles, elle n'a noté de poussées congestives.

A quarante-trois ans, elle reçoit un coup de boule sur la tumeur ; les jours suivants elle ressent à son niveau quelques petites douleurs sous forme de lancées et, à partir de cette époque, la tumeur évolue plus rapidement. De temps en temps de légères douleurs apparaissent et, à ce moment, elle notait une légère rougeur à la surface et au point culminant de la tumeur. Finalement, la rougeur de la peau devient permanente et quelques veinosités apparaissent. Jamais elle n'a eu d'œdème du membre supérieur, aucun écoulement de liquide pathologique par le mamelon.

Etat actuel, 10 juin 1901. — Femme de constitution robuste, possédant une santé florissante ; point d'amaigrissement, point de cachexie pouvant être attribués à l'évolution de la tumeur.

Tous les appareils fonctionnent normalement.

A l'examen de la région mammaire droite, on note, au niveau de la partie supéro-externe du sein, qui présente un volume normal, une tumeur ovoïde à surface régulière, faisant une saillie fort appréciable à la surface de la région pectorale et dont l'axe est parallèle au bord inférieur du grand pectoral. Un sillon assez accentué délimite le pourtour de la tumeur, surtout dans sa partie externe où le relief est très marqué, le pôle inférieur se continuant sans différence de niveau avec la masse glandulaire. Dans la position la plus saillante de la tumeur on aperçoit une légère rougeur de la peau et, à ce niveau, rampent tout superficiellement de petites veines tortueuses. La région aréolaire est normale, aucune déformation du mamelon.

Par la palpation, on arrive à délimiter très exactement, sauf dans sa portion interne, les contours de la tumeur. Sa surface est lisse, régulière, ne présentant pas de bosselures. La tumeur n'a pas la consistance ferme, elle est plutôt molle, pâteuse ; néanmoins, le doigt n'y laisse pas son empreinte. Au point culminant, on perçoit une sensation vague de fluctuation, de rénitence qui fait pencher vers l'idée de kyste. Profondément, sur le grand pectoral, la tumeur et le sein glissent facilement et ne présentent pas la moindre adhérence. Du côté de la peau, il semble que la tumeur y soit collée. Elle y est en effet adhérente, comme soudée,

on ne peut mobiliser la tumeur sans entraîner la peau avec elle, mais les téguments qui la recouvrent ne présentent point l'aspect de la peau d'orange ; elle a le volume du poing. Cette tumeur n'a jamais occasionné de violentes douleurs. Elle est légèrement sensible lorsque la pression est trop prononcée, à part cela elle ne détermine qu'une sensation de gêne et, d'une façon très intermittente, des picotements et quelques élancements.

Dans le sein droit, comme dans le gauche, nous ne trouvons rien d'anormal ; la masse glandulaire ne contient aucun noyau de mammite ou de néoplasme. Dans les deux creux axillaires, comme dans les régions sus-claviculaires, nous n'avons rencontré aucun ganglion. Cette tumeur ne s'est accompagnée à aucun moment de son développement d'élévation de la température ; à deux reprises différentes, ayant appliqué le thermomètre, elle nous a paru normale.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

Opération, le 20 juin 1901. — Anesthésie au chloroforme. Double incision en croissant, délimitant un segment de peau à la face profonde de laquelle adhère la tumeur. On dissèque celle-ci de la masse graisseuse qui l'environne. L'ablation est facile et rapide et, après avoir jeté quelques ligatures, on ferme la plaie par des points séparés aux crins de Florence.

Un petit drain est placé à la partie inférieure de l'incision. Pansement aseptique légèrement compressif ; le bras est mis en écharpe.

Les suites opératoires ont été normales, les lèvres de la plaie sont bien réunies. La malade ne souffre pas. Pas de fièvre.

La plaie se réunit par première intention.

Examen de la pièce : *Etude macroscopique* — Comme il a été facile de le noter au cours de l'opération, la tumeur siégeait bien dans la partie externe de la région pectorale au-dessus et en dehors de la mamelle. Enveloppée de toute part d'une atmosphère de graisse, plus abondante dans la région externe, la tumeur glissait facilement sur le grand pectoral, n'y adhérait nullement, séparée par un plan de clivage formé par du tissu conjonctif très lâche. Lorsque nous eûmes incisé l'enveloppe graisseuse, nous vîmes apparaître l'enveloppe du kyste. Celle-ci était blanche, uniforme en tout point et ne présentait pas d'épaississement.

Lorsque nous eûmes fendu la poche, elle n'avait pas plus, comme épaisseur, de 1 millimètre. Mais elle présentait une particularité intéressante ; sur toute son étendue, aussi bien sur la face externe que sur la face interne, on notait un gaufrage très régulier. Pour rendre plus exacte l'image que nous voulons en faire, la poche, sur sa face externe, présentait une multitude de circonvolutions pressées les unes contre les autres, enchevêtrées, d'une largeur de 3 millimètres en moyenne, serpentant en tous sens. Ces saillies correspondaient, sur la surface interne du kyste, à autant de dépressions et celles-ci étaient justement en rapport avec une disposition inverse des couches superficielles du contenu kystique, qui, par conséquent, comme la face externe de l'enveloppe kystique, présentait ce gaufrage et ces circonvolutions. En définitive, les surfaces externes de la poche et du contenu rappelaient par leurs circonvolutions, mais en beaucoup plus petit, l'aspect de l'écorce cérébrale.

La couche superficielle du contenu, sur une épaisseur de 1 millimètre et demi environ, présente une teinte légèrement grisâtre, plus foncée que la coloration de la masse en général, qui est blanc jaunâtre et présente un léger piqueté noirâtre. Elle est friable au doigt ; à peine incisée, elle se désagrège et lorsqu'on la met dans l'eau, elle s'émiette et s'effrite. Dans son intérieur nous ne trouvons ni poils, ni dents, ni autres dérivés ectodermiques.

Lorsque la tumeur est ouverte, il s'en dégage une odeur aigrelette et fade, caractéristique de la présence de l'acide butyrique.

L'examen microscopique a été fait au laboratoire de M. le Dr Sabrazès. « Le kyste contient des squames dépourvues de noyaux, stratifiées et des corpuscules graisseux. Ces squames sont tassées les unes contre les autres dans les couches sphériques ; il y a là une densification du contenu qui explique le changement de coloration que nous avons noté à la coupe macroscopique. On ne trouve pas de cholestérine. Sur la face interne du kyste existe un revêtement épidermique pavimenteux stratifié, s'écaillant à la périphérie, et ce sont ces squames qui alimentent la cavité kystique. Au-dessous de cette couche cornée, on trouve une assise de cellules polyédriques et une superposition de cellules qui font transition vers les cellules cubiques de la dernière assise de ce revêtement épithélial. Les cellules de cette dernière couche sont disposées en palis-

sade et supportées par le chorion de ce revêtement dermo-papillaire. Les papilles sont réduites à quelques ondulations de ce chorion qui est constitué par du tissu conjonctif fasciculé, à faisceaux parallèles à la surface du kyste, avec quelques fibres musculaires interposées. La poche même du kyste a cette forme fibreuse. On ne trouve ni poils, ni glandes sudoripares ou sébacées. Dans les parties externes de la poche on trouve des îlots de tissu adénoïde centrés par des capillaires sanguins. En résumé, il s'agit d'un kyste dermoïde de la variété épidermique. »

Documents tirés de l'article « Des Tumeurs de la Mamelle »
(Par W. Binaud et Braquehaye.)

« Chez l'homme on ne connaît que les deux pièces conservées à Hunterian Museum, sous les nos 235 et 256 B. Cette dernière provenait d'un homme de quarante ans.

» La tumeur était apparue quinze ans auparavant, au niveau du mamelon gauche, et mesurait 3 pouces dans son plus grand diamètre. Le malade en portait une autre de même nature, à la région infrascapulaire droite et on lui en avait enlevé deux semblables, à seize et à vingt ans, sur la vertèbre proéminente et sur le cuir chevelu. »

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes dermoïdes de la région mammaire sont très simples, comme d'ailleurs la plupart des kystes dermoïdes sous-cutanés.

Ce sont des tumeurs dont le volume variable peut atteindre la grosseur du poing, celle de la tête d'un enfant.

Ces kystes forment en général une poche unique, sauf pour le cas de Russel, où il semble qu'il y ait une grande poche contenant, d'abord, un liquide semblable à du purin, une matière qui avait l'apparence « d'un mélange de son et de cheveux » et ensuite un second kyste du poids de 8 onces, ce serait donc un exemple de poche bilobée.

La paroi est formée d'une capsule compacte, plus ou moins épaisse, plus ou moins dure ; pourtant on n'y a jamais signalé la présence de plaques calcaires, comme on en voit quelquefois incrustées dans la paroi des kystes dermoïdes des autres régions. Elle est tantôt blanche, uniforme, lisse, tantôt gaufrée, ridée comme de la peau macérée, ou tomenteuse comme la muqueuse d'un estomac revenu sur lui-même ; le gaufrage peut se montrer à la fois sur les deux faces.

Sur la face interne, on n'a jamais signalé de tache arrondie, tranchant par sa coloration foncée, brunâtre, sur le fond blanc grisâtre ou jaunâtre formé par le reste de la paroi, comme Kœnig en a signalé souvent dans les kystes dermoïdes sous-cutanés.

Connexions. — La surface externe, le plus souvent lisse, se confond quelquefois avec le tissu cellulaire avoisinant (Obs. I); mais le plus souvent elle n'est unie à ce tissu que par des tractus de tissu conjonctif lâche qu'il est aisé de rompre au moment de l'énucléation. En effet, dans toutes nos observations, si nous en exceptons la première, qui d'ailleurs ne contient pas assez de détails, nous constatons qu'il y a toujours un plan de clivage entre la tumeur et les tissus voisins; quant aux adhérences, lorsqu'elles existent, elles se rencontrent toujours au niveau de la peau. Ces adhérences de la tumeur à la peau paraissent fréquentes ; elles devaient exister dans le cas de Russel (Obs. I) puisque le kyste fut considéré comme un squirrhe et que sa paroi avait envahi les tissus voisins ; elles sont signalées dans le cas d'Hermann (Obs. III) autour et près de l'ulcération, et si cette ulcération s'est produite à 12 centimètres au-dessous du mamelon, c'est probablement parce qu'à cet endroit la tumeur était située immédiatement sous la peau. Enfin dans le cas de M. le Prof. Demons (Obs. IV), dès le début, la malade a remarqué que la tumeur était « collée » à la peau. Si nous insistons sur ces connexions, c'est parce qu'elles vont nous aider à élucider le mode de formation de ces kystes.

Contenu. — Le contenu des kystes dermoïdes de la mamelle est peu complexe. A part le cas qui fait le sujet de la première observation où l'on trouva également un liquide ressemblant à du purin, on rencontre le plus souvent une masse compacte de matière sébacée. Elle ressemble à de la farine de sagou (Obs. I) : elle est grisâtre, à peu près sèche et mélangée à des morceaux de membrane d'apparence épidermique (Obs. III). Elle est parfois divisée en plusieurs couches de densité variable, de colorations diverses, allant du piqueté noirâtre au blanc jaunâtre (Obs. IV).

Cette matière est friable, se désagrège, s'émiette et s'effrite dans l'eau. Son odeur est fade, aigrelette, nauséeuse, désagréable comme celle des acides gras, de l'acide butyrique en particulier.

Une seule fois (Obs. I) on y a trouvé des poils ; jamais on n'y a rencontré des dents ou des os.

Au microscope, le contenu paraît formé de squames dépourvues de noyaux, stratifiées, tassées les unes contre les autres surtout vers la périphérie, de cellules épithéliales déformées, racornies, de corpuscules graisseux, de cristaux de cholestérine, de graisse libre.

Lorsque le kyste a suppuré (Obs. II) on y a trouvé un pus jaune, épais, fétide, sans corps solides ; examiné au microscope il fourmillait de microorganismes.

Structure histologique de la paroi. — Sur une coupe microscopique, on voit que la paroi est formée d'une enveloppe de tissu conjonctif revêtue à sa face interne d'une couche épithéliale. Ce revêtement interne est constitué par un épithélium pavimenteux stratifié. Les cellules profondes sont prismatiques, cubiques, rangées en palissade, elles présentent un noyau volumineux. Au-dessus de cette couche, les cellules sont polyédriques, volumineuses, pourvues de prolongements unitifs ; les cellules intermédiaires disposées en plusieurs assises peuvent même offrir parfois l'apparence d'un stratum granulosum ; quant au stratum lucidum, on n'en fait mention dans aucun cas, l'éléidine ne se rencontre, en effet, presque nulle part dans ces couches épidermiques. Enfin les cellules superficielles fixent bien l'acide picrique et forment un liséré jaune vif d'aspect homogène, qui s'écaille à la périphérie ; ce sont ces écailles, ces squames qui alimentent la cavité.

Nulle part les cellules superficielles ne sont chargées de gouttelettes, ni de granulations graisseuses ; mais en certains points elles paraissent subir la dégénérescence vacuolaire de leur protoplasma.

Ces cellules profondes, qui, avons-nous dit, sont rangées en palissade, reposent sur du tissu conjonctif fasciculé, à faisceaux parallèles à la surface du kyste, avec parfois quelques fibres musculaires interposées, le tout ressemblant au derme qui soutient le revêtement cutané. Ce chorion prend parfois l'aspect de papilles de forme irrégulière, de volume

inégal, souvent largement espacées, réduites à de vagues ondulations : d'autres fois au contraire, ces papilles sont nettement constituées. Ce tissu est parcouru par des capillaires volumineux, tapissés de belles cellules endothéliales, se terminant en anses au niveau de la couche profonde de l'épiderme.

Peu à peu ce tissu conjonctif perd de sa structure régulière et se confond insensiblement avec le tissu cellulaire voisin.

On n'a jamais signalé dans la paroi des kystes dermoïdes de la région mammaire aucune trace de glandes sudoripares ; il est cependant probable que dans le cas de Russel il devait exister des glandes sébacées annexées aux follicules pileux qui ont produit les poils trouvés à l'ouverture du kyste.

Il n'est pas inutile de rappeler que la structure de la paroi n'est pas la même en tous les points de la surface du kyste : on peut ne trouver certains organes : glandes sudoripares, glandes sébacées, papilles, qu'au niveau de certains points ; en certains autres, la paroi peut être très amincie, dépourvue de son épithélium, soit qu'il y ait eu destruction ou desquamation, ou rupture du kyste dans le tissu ambiant et formation consécutive d'un tissu de cicatrice dépourvu d'éléments épithéliaux. D'où cette conclusion pratique, qu'avant de se prononcer sur la nature d'un kyste il faut pratiquer des coupes en différents points de sa surface.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Les kystes dermoïdes de la région mammaire offrent donc une structure absolument semblable à celle des kystes dermoïdes qui siègent sous les téguments des autres parties du corps. De cette identité de structure, nous nous croyons autorisé à conclure à une identité d'origine : par conséquent nous admettrons pour eux une origine congénitale et nous irons chercher dans le développement embryonnaire la cause qui a présidé à leur formation.

Nous n'avons pas ici l'intention de repasser en revue toutes les théories qui ont été émises pour élucider la pathogénie des kystes dermoïdes, nous ne pourrions faire qu'un pâle résumé du magnifique *Traité des kystes congénitaux* de MM. Lannelongue et Achard.

Nous passerons donc sous silence la théorie de la grossesse extra-utérine de Cruveilhier, celle de la diplogenèse par inclusion, due à Is. Geoffroy Saint-Hilaire et soutenue par Pigné, celle plus ancienne encore de la parthénogenèse, rajeunie par Waldeyer, que, d'ailleurs, leurs auteurs ne soutenaient que pour les kystes complexes, ceux de l'ovaire en particulier, puisqu'ils assimilaient les kystes dermoïdes sous-cutanés à de simples kystes sébacés glandulaires.

La théorie de l'hétéropie plastique de Lebert, celle des tumeurs tératoïdes de Virchow ne nous arrêteront pas davantage.

Nous en resterons à la théorie de l'enclavement émise par Verneuil et adoptée par la majorité des auteurs. Elle est ainsi nommée parce qu'on suppose qu'une partie du tégument externe a subi un retard dans son évolution et s'est trouvée *enclavée* au sein des autres tissus qui ont continué à proliférer activement ; cette portion du revêtement embryonnaire ainsi enfouie plus ou moins profondément peut demeurer longtemps inactive, peut-être même indéfiniment ; mais si elle vient à se développer à son tour, elle peut donner lieu à la formation d'un kyste dermoïde.

Ce mécanisme paraît clair, il n'est pas en contradiction avec la théorie des cellules nodales de Bard, et explique admirablement bien la formation des kystes dermoïdes qui siègent à la tête, au cou, au sternum, sur la ligne médiane du corps, parce qu'on trouve là des causes locales qui favorisent cet enclavement : soudure des différentes parties des os du crâne, soudure des fentes branchiales et des somatopleures. Mais dans la région mammaire qui nous occupe particulièrement, trouvons-nous quelque chose d'analogue, c'est-à-dire une cause favorisant cet enclavement ?

Pour cela, établissons d'abord le siège précis, exact, des kystes dont nous venons de citer les observations. Le kyste de l'Observation IV, due à M. le Prof. Demons, siégeait à la partie supéro-externe de la mamelle, mais grâce aux affirmations catégoriques de la malade nous savons qu'il est apparu au-dessus du sein et que ce dernier, en se développant, l'a englobé dans sa masse ; le second (Obs. II), siégeait également à la partie supéro-externe ; le troisième (Obs. III), se trouvait à la partie inférieure, et l'ulcération qui a dû se produire au point où le kyste adhérait primitivement à la peau était située à 12 centimètres au-dessous du mamelon droit.

Le kyste de la quatrième observation siégeait donc primitivement en dehors de la mamelle. Mais que serait-il arrivé si le noyau épithélial qui lui a donné naissance ne s'était développé que lorsque le sein de cette femme avait pris sa forme adulte ? A

première vue, on n'aurait pu savoir si le kyste était situé dans la mamelle ou en dehors de cet organe ? C'est probablement ce qui a dû se passer pour les autres kystes, le noyau épithélial d'où ils sont nés était primitivement distinct du noyau épithélial qui a produit la glande mammaire ; mais ils ont eu le tort de se développer trop tard, et alors la place étant prise par le sein, ils ont dû se creuser une cavité au milieu de cette masse. Dans le premier cas, c'est le sein qui a englobé le kyste ; dans les autres, c'est le kyste qui s'est fait une place dans le sein ; mais le résultat est le même, la différence du mécanisme ne vient que d'une différence dans le moment du développement. Et ce qui prouve bien que les deux formations sont bien distinctes et indépendantes l'une de l'autre, c'est que dans nos observations nous voyons qu'il n'y a jamais d'adhérences intimes entre le kyste et le tissu glandulaire ; au contraire, on trouve toujours entre eux un plan de clivage formé de tissu conjonctif lâche. Nous nous croyons donc autorisé à conclure que ces tumeurs n'appartiennent pas à la glande mammaire, mais qu'elles naissent seulement dans la même région qu'elle. C'était d'ailleurs l'opinion qu'avait émise Gussenbaüer quand Hermann présenta son cas à la Société des médecins de Prague. Nous regrettons vivement que les observations de kystes dermoïdes de la région mammaire soient si rares, et notamment que Gussenbaüer n'ait pas publié les cas qu'il a vus et sur lesquels il a dû s'appuyer pour émettre son avis sur la localisation exacte de ces tumeurs et pour affirmer qu'elles se développaient dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Bien que les preuves que nous apportions ne soient pas péremptoires, que les documents sur lesquels nous nous appuyons soient peu nombreux, il nous paraît assez logique d'admettre pour tous ces kystes une origine juxta-mammaire. Par conséquent, ce ne sera pas dans le développement de la glande mammaire qu'il nous faudra chercher la cause favorisant la production des kystes dermoïdes dans cette région.

Remarquons de plus que deux de ces tumeurs siègent au-

dessus et en dehors du mamelon, et une (celle de Hermann) à 12 centimètres au-dessous du mamelon. C'est également en ces endroits que se développent fréquemment les mamelles et les mamelons surnuméraires. En effet, si ces organes peuvent se développer sur toutes les parties du corps, puisque les mamelles sont des produits du feuillet externe très analogues aux glandes sébacées, et que ces dernières siègent sur presque toute la surface de l'organisme, nous savons cependant que les mamelles surnuméraires ont certains sièges de prédilection. C'est même cette fréquence relative en certains endroits, et cette idée que les mamelles surnuméraires étaient dues à une anomalie réversive, qui ont conduit Williams à imaginer un ancêtre hypothétique possédant sept paires de mamelles, situées sur une ligne allant du creux de l'aisselle au milieu du pli de l'aine. La première paire étant située dans l'aisselle, la quatrième correspondrait à celle que nous possédons ; la troisième siégerait juste au-dessus et en dehors de la paire normale, la cinquième exactement au-dessous et un peu en dedans de cette paire normale ; en somme, la troisième paire et la cinquième occuperaient la place où se trouvaient les kystes dermoïdes qui font l'objet de nos observations.

Williams ne se doutait peut-être pas qu'un jour l'embryologie viendrait apporter une preuve à l'existence de cette ligne fictive sur laquelle il plaçait ces sept mamelles. Cependant nous savons aujourd'hui que cette ligne existe réellement pendant une certaine période du développement embryonnaire. Schultze avait déjà vu, sur un embryon de porc, une traînée blanchâtre, formant une ligne saillante, étendue de l'aisselle au pli de l'aine et à laquelle il avait donné le nom de ligne lactée (Milchlinie).

Kallius a vu également, sur un embryon humain, de trente-quatre jours environ, une ligne formant une crête continue depuis la racine du membre supérieur jusqu'à celle du membre inférieur. Cette crête présente un renflement au point où doit se développer la mamelle normale. Schmidt a

constaté aussi sur un embryon humain une série de points saillants, coniques ou lenticulaires, qui, réunis par la pensée, formeraient une ligne semblable à celle de Kallius. Chez l'homme, tous ces points ou toute cette ligne disparaissent, à l'exception des deux renflements ou des deux points qui sont situés à quelque distance de l'ébauche du membre supérieur, et qui en se développant produisent les mamelles normales.

Si au contraire ces points mammaires ou des parties de cette ligne lactée persistent et suivent un développement parallèle aux deux points principaux, ils donneront naissance à des mamelles ou à des mamelons surnuméraires ; ainsi se trouvera vérifiée l'hypothèse de Williams.

Mais ces bourgeons une fois formés peuvent rester tels quels, c'est-à-dire stationnaires, sans se développer davantage et sans s'atrophier ; dans ce cas, les tissus voisins, qui eux prolifèrent activement, finissent par les entourer puis par les recouvrir ; c'est ainsi que se produirait l'enclavement de ce germe épithélial. « On peut concevoir que les choses en restent là indéfiniment et que la petite masse ectodermique n'ait pas d'autre avenir. Rien ne prouve qu'elle doive fatalement évoluer en kyste ; ne voyons-nous pas les débris épithéliaux paradentaires, étudiés par Malassez, rester complètement silencieux dans un grand nombre de cas et n'évoluer en kystes ou en productions pathologiques diverses que dans certaines circonstances et à une époque souvent tardive ? » (Lannelongue et Achard). Mais si ce germe épithélial sous une incitation nouvelle, de nature inconnue, se remet à proliférer, il aura en lui tous les éléments pour produire un kyste dermoïde. Les cellules qui le forment n'étant pas encore nettement différenciées, mais ayant déjà une certaine spécialisation à cause de leur siège primitif sur la surface externe de l'embryon, pourront produire de la peau et tous ses dérivés, tout comme leurs aînées, qui en ont produit beaucoup plus tôt parce qu'elles n'ont pas subi de retard dans leur développement.

C'est ainsi que nous comprenons que la région mammaire, ou plutôt la ligne mammaire, peut favoriser la formation des kystes dermoïdes. Cette ligne lactée, qui en continuant à se développer à certains points peut donner naissance à des cas de polymastie ou de polythélie, peut également produire des kystes dermoïdes en restant simplement stationnaire pendant un laps de temps plus ou moins considérable. En somme, ces points mammaires de Schmidt sont de véritables graines d'anomalies : mamelles surnuméraires si ces graines se mettent à germer dès leur apparition, kystes dermoïdes si elles se laissent enfouir dans la profondeur des tissus voisins pour ne germer qu'après un long repos.

Nous serions heureux que les médecins ou les chirurgiens qui rencontreront des kystes dermoïdes dans la région mammaire ou sur la partie antérieure du tronc, voulussent bien publier leurs observations en précisant rigoureusement le siège de la tumeur au moment où elle est apparue. Peut-être trouverait-on ainsi toute une série de kystes dermoïdes échelonnés sur cette ligne mammaire, apportant ainsi une preuve évidente à l'influence locale que nous attribuons à cette formation embryonnaire.

La théorie de l'enclavement, avec cause locale favorisant cet enclavement, s'applique bien aux trois derniers kystes ; pour le premier (Obs. I), ne pourrait-on pas invoquer un autre mécanisme ? le traumatisme, le coup de pied de cheval ? Nous pouvons supposer que ce traumatisme aurait détaché un fragment de peau et l'aurait refoulé dans le tissu cellulaire sous-cutané, où en se développant il aurait produit le kyste dermoïde en question. Nous savons, depuis les travaux de M. le Prof. Masse, qu'un pareil mécanisme est possible, puisque des morceaux de peau de rats blancs transportés dans le péritoine d'autres rats ont produit de véritables kystes dermoïdes. Cependant nous ne croyons pas qu'un pareil mécanisme puisse être invoqué pour le cas particulier qui nous occupe. D'abord les kystes dermoïdes traumatiques ne siègent guère qu'à l'iris ou à la main ; de plus, ils ne renferment

presque jamais de poils ; or, parmi les observations que nous possédions, c'est la seule où nous trouvions mentionné un kyste dermoïde contenant des poils. De plus, pour déchirer la peau et en refouler un morceau assez épais pour qu'il pût conserver intacts les bulbes, les follicules pileux, il faut un traumatisme assez violent, suffisant, croyons-nous, pour déterminer des accidents graves dans la région thoracique. Or, dans l'observation de F.-R. Russel, on ne parle pas de ces accidents, on parle seulement d'une vive douleur ressentie pendant quelque temps. Pour les motifs que nous venons d'invoquer et pour le manque de détails sur le siège précis occupé par ce kyste, nous ne pouvons admettre une origine traumatique pour cette tumeur, nous sommes donc obligé de lui donner une origine congénitale sans pouvoir spécifier que la ligne lactée ait favorisé sa formation.

CHAPITRE V

SYMPTOMES. ÉVOLUTION DIAGNOSTIC

On admet que les kystes dermoïdes ont une origine congénitale, mais il en est de ces tumeurs comme des autres affections congénitales, elles peuvent n'apparaître qu'à des époques assez tardives de la vie; comme les hernies congénitales qui, parfois, ne se montrent qu'à une période plus ou moins avancée de l'existence, les kystes paradentaires qui proviennent de débris épithéliaux demeurés longtemps inactifs.

Début. — Aussi voyons-nous les kystes de la région mammaire n'apparaître qu'à l'âge de huit ans, de vingt-neuf ans, quelquefois même les malades ne peuvent préciser la date de leur apparition.

Marche. — Ces kystes ont une marche très lente : dans le cas de M. le Prof. Demons, il a fallu trente-cinq ans pour que la tumeur, grosse au début comme un grain de maïs, atteignît le volume d'un œuf ; malgré l'influence d'un traumatisme, elle a mis dix ans pour arriver ensuite à la grosseur du poing ; le kyste de l'Observation II est resté seize ans à peu près stationnaire ; il a grossi rapidement dans la suite parce qu'il s'était enflammé ; enfin ce n'est qu'au bout de trente-huit ans que la malade de Russel réclama le secours de son médecin. On peut donc prévoir des kystes qui doivent rester indéfiniment stationnaires ou croître très lentement, et

en présence de la rareté extrême des faits nous sommes tenté de croire qu'il doit en être ainsi, les malades ne se préoccupant pas de tumeurs indolentes, de petit volume, protégées par les vêtements contre les regards indiscrets.

Parmi les causes qui peuvent favoriser l'apparition ou le développement de ces kystes, on trouve citée, dans tous les traités classiques, la puberté en premier lieu ; dans nos observations nous n'avons rien trouvé de semblable ; dans l'Observation IV on spécifie même que la puberté n'a eu aucune influence sur l'accroissement de la tumeur : il en serait de même de la grossesse, de l'allaitement et de la ménopause ; par contre, les traumatismes, l'invasion microbienne auraient une influence manifeste. Verneuil et Clado ont, en effet, trouvé des microbes dans les kystes dermoïdes qui étaient en voie de progrès au moment où les malades étaient venus à l'hôpital, bien que leurs kystes fussent demeurés indolents comme d'habitude. « Il est donc possible, disent-ils, que l'invasion microbienne ait été pour quelque chose dans cet accroissement dont les causes sont actuellement peu connues. »

Signes fonctionnels. — Nous avons dit que ces tumeurs étaient généralement indolentes, qu'elles n'amenaient aucun trouble dans les mouvements du membre supérieur ; mais on note quelquefois une sensation de gêne, de légères douleurs sous formes de lancées, de picotements, survenant de temps en temps, surtout quand le kyste prend un développement plus rapide. Mais quand le kyste s'enflamme, on trouve alors de la douleur, de la chaleur, de la rougeur, de la tuméfaction et de la fièvre comme dans tous les abcès chauds.

Ajoutons que jamais on n'a noté l'écoulement, par le mamelon, de sérosité, de lait, de sang ou d'un liquide pathologique quelconque.

Signes physiques. — Ces kystes dermoïdes siègent ordinairement à la partie supéro-externe de la région mammaire ; dans l'Observation IV le kyste, qui était primitivement au dehors de la glande, a été plus tard englobé par elle, contrairement à ce

qui se passe pour les autres tumeurs. Dans ce siège ou ailleurs, ils se présentent sous une forme arrondie ou légèrement ovoïde, mais régulière, c'est-à-dire sans bosselures secondaires appréciables à la vue ou au toucher ; quand ces bosselures existent, elles ne sont pas dues au kyste même, mais à d'autres tumeurs coexistantes, mais indépendantes de la première; c'est ainsi que dans le cas de Reverdin on trouvait cinq fibromes, gros comme des noix, plus ou moins rapprochés des parois de la poche kystique. Faisons remarquer, en passant, que cette coexistence n'est pas pour faciliter le diagnostic.

La peau qui les recouvre présente un aspect normal pendant très longtemps, mais lorsque la tumeur subit une évolution plus rapide et atteint un certain volume, les téguments prennent une coloration rouge plus ou moins diffuse, plus ou moins foncée, se couvrent de veinosités parfois assez apparentes. Il existe, avons-nous dit, assez souvent des adhérences intimes entre la paroi du kyste et la peau; cependant, même dans ces cas, celle-ci n'offre jamais cet aspect ratatiné, ridé de la peau d'orange que lui donnent presque toujours les tumeurs malignes de la mamelle. Jamais non plus on n'a rien vu d'anormal dans la région aréolaire ou sur le mamelon.

Enfin, au chapitre de l'anatomie pathologique nous avons suffisamment insisté sur les connexions de ces kystes avec les tissus voisins pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir ici; rappelons seulement que s'ils adhèrent assez souvent à la peau, ils sont toujours mobiles sur les plans profonds, même quand le grand pectoral est fortement contracté.

Au toucher, ces kystes offrent une consistance variable : mous, pâteux en certains points ; en d'autres, ils donnent une sensation vague de fluctuation ou seulement de rénitence. Parfois on croirait avoir entre les mains une poche pleine de bouillie épaisse, malléable, conservant l'empreinte des doigts, rappelant ainsi la consistance du mastic de vitrier; de pareils caractères suffiraient à distinguer la nature de la tumeur, s'ils

ne pouvaient également se rencontrer dans la galactocèle à contenu caséeux.

Symptômes généraux. — Nuls. L'état général n'est pas atteint, l'appétit est conservé, les forces se maintiennent tant que le kyste n'est pas ulcéré ou enflammé.

Il n'y a jamais d'élévation de température due à la présence de la tumeur ; si la fièvre s'allume, c'est que le kyste se transforme en poche purulente sous l'influence d'une invasion microbienne.

Les ganglions de l'aisselle ne subissent aucune modification du fait de la présence du kyste dans la mamelle.

Evolution. — Les kystes dermoïdes de la région mammaire peuvent apparaître à des époques variées de la vie et rester longtemps stationnaires ; ils se développent ensuite lentement sous l'influence des traumatismes, de l'arrivée de certains microbes dans leurs parois ou de causes encore inconnues ; ils peuvent offrir dans leur développement des alternatives d'augmentation et de diminution que Reverdin a signalées et qu'il considère comme appartenant en propre aux kystes dermoïdes, mais qu'on peut également rencontrer dans l'évolution de la galactocèle.

Ils siègent ainsi dans la région mammaire sans amener aucun trouble sérieux, sans retentir sur les ganglions axillaires. Mais à un moment, sous l'influence d'une de ces causes précitées ou sous une influence inconnue, le kyste grossit un peu plus rapidement, par son développement il devient gênant, provoque quelques petites douleurs. La peau qui le recouvre, plus exposée aux frottements à cause de la saillie plus considérable de la tumeur, rougit, s'irrite, menace de s'ulcérer; c'est ainsi qu'a dû se produire l'ulcération du kyste de l'Observation III, c'est probablement ce qui serait arrivé à celui que nous avons observé. Enfin, des microbes apportés par le torrent circulatoire peuvent le transformer en une vaste poche purulente, comme dans l'observation de Reverdin.

En somme, le tableau clinique qui était si rassurant au

début peut s'assombrir; car si ces tumeurs, de par leur nature, sont essentiellement bénignes, il n'en est pas moins vrai que, par le fait même de leur développement, elles deviennent gênantes, et même dangereuses par leur tendance à l'ulcération ou à la transformation purulente.

Tels sont à peu près tous les renseignements que nous possédons sur la marche, l'évolution, les symptômes et les complications des kystes dermoïdes de la région mammaire; si nous ne trouvons aucun détail caractéristique, aucun signe pathognomonique, nous croyons cependant que l'ensemble de ces données offre quelque chose de particulier à ces kystes, et qu'on ne rencontre dans aucune autre tumeur de la mamelle.

Diagnostic. — Prenons par exemple l'*adéno-sarcome kystique* avec lequel le kyste dermoïde a été confondu deux fois.

Ce sarcome kystique peut succéder à un adéno-fibrome du sein; celui-ci a pu apparaître dès la puberté sous la forme d'une petite tumeur bien circonscrite, mobile, *indépendante* de la peau, et persister longtemps dans cet état. Une fois transformée en sarcome kystique elle peut avoir la même consistance : fluctuante, rénitente en certains points, ferme, élastique en d'autres; parfois même mollasse. Cependant dans cette longue évolution on pourra trouver des différences : au début la tumeur se trouve au milieu des lobules glandulaires, indépendante de la peau; cette indépendance persiste toujours même quand la tumeur est devenue très grosse et que la peau rougie, couverte de veinosités, est près de s'ulcérer. Une fois transformée, la tumeur se développe plus vite que ne le fait un kyste dermoïde ; elle perd sa forme régulière et présente des bosselures. Au moment des règles, la tumeur devient généralement plus tendue; les grossesses, l'allaitement ont une influence manifeste sur les adéno-sarcomes kystiques, contrairement à ce qui a lieu pour les kystes dermoïdes. Enfin il n'est pas rare de voir s'écouler par le mamelon soit de la sérosité, soit même du lait. Ajoutons que l'adéno-sarcome est généralement plus douloureux, bien qu'il ne retentisse pas beaucoup sur l'état général tant qu'il n'est pas ulcéré.

La *galactocèle*, quand le contenu est devenu caséeux, ressemble aussi beaucoup au kyste dermoïde. C'est aussi une tumeur facile à explorer, indolente, généralement arrondie, mobile sur les parties profondes, sans adhérence à la peau qui est toujours normale. La consistance peut être absolument la même, la tumeur garde quelquefois même l'empreinte du doigt.

La marche, l'évolution nous permettront de la différencier des kystes dermoïdes. Le début remonte toujours à une période de lactation, plus rarement de sevrage ou de grossesse. Il y a des alternatives d'augmentation et de diminution légères. On note assez souvent un écoulement de lait par le mamelon, en dehors des périodes de lactation. Enfin ces kystes s'accroissent rapidement quand il survient une nouvelle grossesse, surtout si la femme veut allaiter son enfant.

Les *kystes hydatiques* offrent également quelques difficultés de diagnostic. Au début, ce sont de petites tumeurs mobiles, indolentes, n'adhérant ni à la peau, ni aux plans profonds, grosses comme un pois, une noix, formant un noyau dur, ferme, élastique. Ils restent ainsi longtemps stationnaires, mais après un temps variable ils deviennent, sous une influence quelconque, douloureux et grossissent rapidement. Leur dureté diminue ; bientôt ils deviennent rénitents et même fluctuants ; jamais on n'y a signalé le frémissement hydatique, mais l'a-t-on bien recherché ? Pour trouver ce signe, il faut appliquer la main gauche par exemple, les doigts étant écartés, sur la tumeur, de manière à immobiliser le kyste sur la paroi thoracique ; avec le médius ou l'index droit on percute doucement un doigt de la main gauche, et alors les autres doigts de la main appliquée sur la tumeur perçoivent une sensation particulière, comparable à celle qu'ils percevraient si l'on pratiquait la même manœuvre sur un fauteuil bien capitonné. Outre le frémissement hydatique, ces kystes ont une consistance égale dans tous les points de leur paroi ; quand ils ont acquis un certain volume ils sont toujours fluctuants ou tout au moins rénitents. Quant ils entrent dans leur phase de dé-

veloppement ils marchent plus rapidement que les kystes dermoïdes.

Enfin, dans les cas trop difficiles, une petite ponction exploratrice viendrait lever tous les doutes et permettrait de différencier nettement les kystes dermoïdes des kystes hydatiques et des kystes séreux.

Certains *lipomes* bien encapsulés, de consistance molle, pourraient être confondus avec les kystes dermoïdes. Mais les lipomes quand ils ont un certain volume sont toujours lobulés ; le plus souvent ils sont associés à du tissu fibreux et forment ainsi des fibro-lipomes que l'on reconnaît à l'existence de points plus fermes à côté de points manifestement plus mous. Enfin les lipomes ne sont jamais ni fluctuants, ni rénitents.

Kystes sébacés. — Il existe enfin dans la région mammaire des tumeurs qui offrent avec les kystes dermoïdes les plus grandes analogies. En relisant certaines observations de kystes sébacés de la mamelle dues à Gerdy, Cruveilhier, Lebert, Velpeau, Burggrœve, Lambert, Verdelet, Vitrac, il nous a été difficile de trouver des signes caractéristiques constants, ou même un ensemble de faits permettant de différencier nettement ces deux sortes de productions, si rares dans cette région. Les kystes sébacés peuvent en effet apparaître à tout âge, de préférence cependant à l'âge adulte ou à la puberté ; ils peuvent rester longtemps stationnaires sans occasionner aucun trouble fonctionnel, sans amener aucune perturbation dans l'économie ; ils se développent lentement jusqu'au moment où, sous l'influence d'un traumatisme ou d'une cause mal connue, ils subissent une évolution plus rapide ; ils tendent alors à s'ulcérer ou à suppurer.

Les symptômes physiques auxquels ils donnent naissance sont également les mêmes que ceux qui sont donnés par les kystes dermoïdes. Tout au plus peut-on remarquer que les kystes sébacés sont, au moment de leur apparition, toujours adhérents à la peau : dans la suite ils peuvent perdre ces connexions avec les téguments par la rupture du vestige du

conduit excréteur; mais, d'autre part, de nouvelles adhérences peuvent se former au moment où le kyste, prenant un accroissement considérable, tend à s'ouvrir à l'extérieur; d'ailleurs, les kystes dermoïdes, dès leur début, peuvent adhérer à la peau (Obs. IV) ou plus tard, quand ils sont ulcérés (Obs. III).

La forme de la tumeur est à peu près la même, cependant les kystes sébacés présenteraient une surface extérieure qui, bien qu'arrondie, lisse, offrirait de temps en temps quelques inégalités et quelques bosselures.

Le siège de prédilection des kystes sébacés paraît être la région aréolaire et la partie inférieure de la mamelle.

Quant à la consistance, elle a les mêmes caractères dans les deux variétés de kystes; c'est toujours la sensation d'une masse plus ou moins compacte, plus ou moins mollasse ou pâteuse, d'autres fois fluctuante ou seulement rénitente. Il existe cependant deux signes qui, s'ils étaient constants, seraient vraiment pathognomoniques. L'un d'eux, déjà indiqué par Astley Cooper, est fourni par la présence, sur la tumeur, d'un point noir central, trace de l'orifice glandulaire oblitéré. L'autre apparaît au moment où l'on pratique l'examen physique de la tumeur; sous l'influence des manipulations, par le minuscule pertuis fermé par ce point noir central sort une gouttelette de matière épaisse, sébacée; si on augmente la pression on peut amener la sortie d'une plus grande quantité de cette matière qui, passant toujours par le même orifice punctiforme prend les apparences rubanées et molles du vermicelle cuit. Malheureusement ces signes manquent assez souvent (Obs. de Gerdy) ; de plus, Lannelongue et Achard (*Traité des kystes congénitaux*, Paris 1886) ont signalé des kystes dermoïdes qui offraient sur la saillie qu'ils formaient quelque chose d'analogue à ce point noir central. Ils ont vu sur la peau qui recouvrait un kyste dermoïde du nez « un petit orifice circulaire extrêmement ténu, marqué seulement par une dépression » (Obs. XX, p. 187) ; à la pointe du nez également, ils ont vu un kyste dermoïde pré-

senter une dépression, un petit pertuis, visible seulement à la loupe (Obs. XXI, p. 188) ; au cou, une tumeur de même nature « présentait en son centre un point semblable à la trace d'un follicule pileux. » (Obs. XXV, p. 194.)

Ainsi donc, on peut se trouver dans certains cas en présence de difficultés presque insurmontables ; cependant le plus souvent, en tenant un grand compte de la date de l'apparition, des adhérences au moment où la tumeur a été aperçue, des inégalités, des bosselures de la surface externe du siège, enfin de la présence d'un point noir central et surtout de l'issue de matière sébacée par ce petit pertuis, on pourra reconnaître l'existence d'un kyste sébacé et le distinguer d'un kyste dermoïde.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC. TRAITEMENT

De l'étude clinique que nous venons de faire, il résulte que les kystes dermoïdes se comportent comme des tumeurs bénignes : ils restent en effet très longtemps stationnaires, se développent très lentement, sont indolents, ne provoquent pas d'engorgement ganglionnaire, n'amènent aucun trouble dans l'économie ; c'est peut-être même à cette extrême bénignité qu'il faut probablement attribuer la rareté des documents que nous possédons sur ce sujet.

Cependant nous avons vu que ces kystes pouvaient atteindre un volume tel, que par le fait seul de leur présence ils devenaient une cause de gêne, que lorsqu'ils étaient parvenus à la grosseur du poing, ils devenaient douloureux et menaçaient de s'ouvrir à l'extérieur en produisant une ulcération sur les téguments, et qu'enfin ils pouvaient être envahis par des microorganismes qui les transformaient en poche purulente.

Notons enfin que « les tumeurs dermoïdes proprement dites peuvent elles-mêmes devenir le siège de véritables néoplasmes. Ainsi dans les kystes dermoïdes ovariens, on a vu se développer du cancer (Heschl, Schrœder), de l'épithélioma pavimenteux lobulé (Cornil et Babinski), du sarcome (Unverricht). On a trouvé aussi du cancer encéphaloïde dans une production semblable du scrotum (cas de Spiess), et de l'épithélioma dans une tumeur sacrée (Czerny) » (Lannelongue

et Achard). Bien que de pareilles transformations n'aient jamais été signalées à la mamelle, nous ne voyons pas pourquoi elles ne pourraient pas s'y produire comme ailleurs. Les tissus qui composent les kystes dermoïdes de la mamelle sont identiques par la nature des éléments aux tissus qui forment les autres kystes dermoïdes et les téguments normaux ; ils subissent la même évolution, dès lors ils peuvent être sujets aux mêmes affections, aux mêmes transformations pathologiques.

Donc, gêne, douleurs, tendance naturelle à l'ulcération, dangers de suppuration, ou de transformations malignes sont autant d'indications à débarrasser les malades d'une pareille affection.

Pour un kyste dermoïde gros comme une noix, ni gênant, ni douloureux, on pourrait rester en expectative, et sachant que ces tumeurs peuvent rester très longtemps stationnaires, on pourrait nourrir l'espoir de le voir persister indéfiniment dans cet état, et d'épargner ainsi une intervention chirurgicale au malade qui en serait porteur. Mais dans la pratique un pareil cas ne se présente pas : par pudeur, par économie ou pour une raison quelconque, les malades ne viennent réclamer des secours médicaux que lorsque leur tumeur devient volumineuse, gênante, douloureuse, qu'elle menace de s'ulcérer ou de suppurer, dans ces cas l'extirpation s'impose.

D'ailleurs, l'opération est rapide et sans danger pour les malades, ils n'ont même pas à courir les risques d'une anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther, quelques injections de chlorhydrate de cocaïne pourront suffire à supprimer toute douleur aux patients ; elle est, de plus, facile pour le chirurgien, une incision sur le milieu de la saillie formée par le kyste, ou deux incisions semi-lunaires circonscrivant un morceau de peau, quand celle-ci adhère à la tumeur, permettront à l'opérateur d'atteindre rapidement la poche kystique ; il est ensuite aisé de trouver, entre elle et les parties voisines, un plan de clivage que le doigt ou un instrument mousse suit facilement en déchirant les tractus de tissu conjonctif lâche

qui retiennent la tumeur aux tissus environnants ; c'est d'ailleurs ce qui a été fait par M. le Prof. Demons et ce qui doit être possible dans tous les cas, ainsi que permet de le supposer l'étude que nous avons faite des connexions de ces kystes. Une fois l'énucléation pratiquée, on aura peu de vaisseaux à lier, et on terminera rapidement par quelques points de suture à la peau. Cependant si la cavité laissée par l'extirpation du kyste était trop grande, il serait bon de placer un drain à la partie inférieure de l'incision et de faire quelques points profonds en U, de manière à rapprocher les parois de cette cavité ; afin d'éviter la formation d'un trajet fistuleux on réduirait rapidement le calibre et la longueur du drain.

CONCLUSIONS

1° Il existe dans la région mammaire des kystes à structure nettement dermoïde.

2° Ces kystes ont une origine congénitale comme tous les autres kystes dermoïdes ; bien qu'ils soient englobés par le sein, ils sont cependant indépendants de la glande mammaire ; leur formation paraît due à l'enclavement et à la prolifération tardive d'un de ces points mammaires, ou d'une partie de cette ligne mammaire que Schmidt et Kallius ont décrite chez l'embryon humain.

3° Ces kystes apparaissent à des époques variées de la vie ; ils se développent très lentement, sans provoquer de troubles fonctionnels appréciables, se comportant comme des tumeurs essentiellement bénignes et ne paraissant pas subir le contre-coup des modifications importantes qui se passent dans le sein.

4° Leur forme, leur volume, leur consistance ne permettent pas de les distinguer sûrement des kystes sébacés, des kystes hydatiques, de la galactocèle, ou même de l'adéno-sarcome kystique. Le diagnostic devra surtout se baser sur le siège primitif, la date d'apparition et surtout sur le développement.

5° Bien que très bénins, ces kystes présentent certains inconvénients dus à leur siège et à leur volume ; par le seul

fait de leur accroissement ils deviennent une cause de gêne, ils tendent à s'ouvrir à l'extérieur et sont exposés à suppurer.

6° Pour ces raisons et pour le danger d'une transformation néoplasique maligne, il faut en conseiller et en pratiquer l'extirpation.

7° D'ailleurs celle-ci est une opération facile pour le chirurgien, rapide et sans danger pour le malade.

Vu bon à imprimer :
Le Président de la Thèse.
A. DEMONS.

Vu : *Le Doyen,*
B. DE NABIAS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 novembre 1901
Le Recteur de l'Académie.
G. BIZOS.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achard. — Voir Lannelongue.

Albers. — Erlaüterùngen zù dem Atlasse der pathologischen Anatomie für praktische Aerzte (1833). Dritte Abtheilùng enthält : die Krankheiten der Brùst.

Bagourd. — Kystes essentiels de la mamelle (Th. de Paris 1893-94).

Bard. — Des tumeurs à tissus multiples (*Lyon médical*, 6 mai 1888, t. LVIII, p. 5).

Billroth (C.-A). — Die Krankheiten der Brùstdrüsen (Stuttgard, F. Enke, 1880).

Binaud (W.) et Braquehaye. — Article des « Tumeurs de la mamelle » (*in* Traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet, t. VII).

Broca (P.). – Traité des tumeurs (Paris 1866-1869).

Burggrœve. — Annales et Bulletins de la Société de médecine de Gand (1857).

Clado. — Voir Verneuil.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologiquc (Paris 1894).

Coyne et Labbé. — Traité des tumeurs bénignes du sein (Paris 1876).

Cruveilhier. — Traité d'anat. path. générale (Paris 1863).

Daraignez. — Kystes congénitaux du tronc et des membres (Thèse de Bordeaux 1893).

Delbet (Pierre). — Article des « Tumeurs de la mamelle » (*in* Grand Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, t. VI).

Gerdy. — Bulletin de la Société d'anatomie de Paris (27e année, février 1852, p. 42).

Gillette. — Kyste crémeux de la mamelle ; quelques considérations cliniques sur la galactocèle (*Union méd.*, 20 juin 1879).

Guyot. — Quelques observations de tumeurs de la mamelle (Thèse de Paris 1853, p. 22).

Hœckel. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein (1894).

HERMANN. — Kyste dermoïde du sein droit chez une femme de soixante-six ans (*Prager med. Wochenschrift,* 29 oct. 1890, p. 547).

HORTELOUP. — Tumeurs du sein chez l'homme (Thèse d'agrégation [chirurgie], Paris 1872).

KALLIUS. — Ein Fall von Milchleiste bei einem menschlichen Embryo. Anat. Hefte (Wiesb., 1897, VIII, 153-164).

KŒNIG. — De l'anatomie des kystes dermoïdes et sébacés de la peau (*Arch. für klinische Chirurgie,* d'après la *Semaine médicale,* p. 27, 1895).

KŒLLIKER. — Embryologie (Traduction faite sur la deuxième édition allemande par Aimé Schneider, 1882).

LABBÉ. — Voir Coyne.

LAMBERT. — Kyste sébacé de la mamelle (*Gaz. de gynécologie,* Paris 1897, XII, 342-345).

LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux (Paris 1886).

LEBERT. — Bulletins de la Société d'anatomie de Paris, février 1852.

— Mémoires et Comptes rendus de la Société de biologie, août 1852.

— Traité d'anatomie pathologique (Paris 1857).

LEFORT (René). — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes (*Revue de chirurgie,* 1894, p. 1013).

MASSE. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 28 février 1881.

— Académie des sciences, 15 janvier 1883.

— Congrès de chirurgie de Bordeaux, avril 1885.

— *Archives générales de médecine,* novembre 1885.

RANVIER. — Voir Cornil.

REVERDIN (J.-L.) et MAYOR (A.). — Tumeurs associées du sein; kyste dermoïde et fibromes multiples; suppuration du kyste (*Rev. méd. de la Suisse romande,* VII, 96, 1887).

RUSSEL (F.-R.). — *Philosophical transactions,* n° 337, p. 220.

ROCHER. — *Revue de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Bordeaux* (juillet 1901).

SCHMIDT. — Ueber normale Hyperthelie menschlichen Embryonen ùnd über die erste Aùlage der menschlichen Milchdrüsen überhaùpt (*Morph. arb.,* Iéna 1897, VII, 157-199).

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine. 1900.

TRÉVOUX (F.). — Des tumeurs à tissus multiples (Thèse de Lyon 1887-1888).

VELPEAU. — Traité des maladies du sein et de la région mammaire (Paris 1858).

Verdelet. — Kyste sébacé de la région mammaire (Société d'obstétrique, gynécologie et pédiatrie de Bordeaux, 28 février 1899, p. 139-140).

Vitrac. — Kyste sébacé de la région mammaire (*Ibid*).

Verneuil et Clado. — Comptes Rendus de l'Académie des sciences, 26 novembre au 24 décembre 1888.

Waitz (N.). — Kystes dermoïdes du sternum (Thèse de Paris 1897).

Bordeaux — Imprimerie du Midi, P. Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux